Aus der Klinik von Prof. Dr. L. Fraenkel und der gynäkologischen Abteilung des St. Georgskrankenhauses (Primärarzt Dr. P. Becker) in Breslau.

Zwei Fälle von Myom der Vagina.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

vorgelegt von

Josef Otto Wilpert,

z. Z. Volontärarzt an der Hebammenlehranstalt zu Breslau.

Breslau 1921.

Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei E. G. m. b. H.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Professor Dr. Küstner.

In den Arbeiten von R. Müller, 1914, A. Giesecke, 1915 und E. Fischer, 1919 sind 203 Beobachtungen von Fibromyomen der Vagina zusammengestellt. Verf. erweitert die Sammelarbeit um 9 Fälle aus der Literatur und beschreibt außerdem zwei Tumoren ausführlich, die 1920 und 1921 an der Klinik von Prof. L. Fraenkel bezw. am St. Georgskrankenhaus (Primärarzt Dr. P. Becker) zu Breslau beobachtet wurden. Die Zahl der bekannten Vaginalmyome beläuft sich hiermit auf 214.

In dem ersten der neu mitgeteilten Fälle handelte es sich um ein haselnußgroßes Myomfibrom der hinteren Scheidenwand. Es saß etwa zwei Querfinger breit vom Fornix vaginae posterior und ebensoweit von der Cervix entfernt. Mit dem Vaginalgewebe hing es so fest zusammen, daß eine Ausschälung aus dem Parakolpium unmöglich war. Es mußte erst rings umschnitten werden. Daher erscheint es gerechtfertigt, die Scheidenmuskularis als Matrix des Tumors anzusehen. Außerdem wurde bei der 44 Jahre alten, noch nicht im Klimakterium stehenden Frau, die nur einmal geboren hatte, noch ein subseröses faustgroßes Uterus- und ein kirschgroßes Tubenwinkelmyom entfernt. Heftige Schmerzen im Leib, besonders während der Menses, und starke, unregelmäßige Blutungen hatten die Patientin zum Arzt geführt, der sie der L. Fraenkelschen Klinik überwies. Am 5. und 6. Tage nach der Operation trat Fieber auf, das auf eine geringe Thrombophlebitis des rechten Beines zurückzuführen war. Vom 7. Tage ab waren die Temperaturen normal; prima intentio. Die Patientin konnte nach vier Wochen geheilt entlassen werden. Mikroskopisch zeigte der Scheidentumor glatte Muskel- und weniger stark entwickelte Bindegewebsfasern.

Der zweite Tumor, mannsfaustgroß, ulzeriert, jauchend, saß — einem alten Uterusprolaps täuschend ähnlich — vor der Vulva. Er hatte die vordere Vaginalwand durchbrochen und zugleich weit nach außen gezerrt. Die 39jährige Frau, im sechstem Monat gravid, hatte zweimal spontan geboren; sie bemerkte die rasch wachsende Geschwulst erst seit etwa vier Monaten und hatte auffallend geringe Beschwerden. Einen Monat nach der operativen Entfernung des Tumors im St. Georgskrankenhaus gebar sie ein unreifes Kind und starb bald darauf an Thrombophlebitis und Peritonitis. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Glatte Muskel- und Bindegewebslagen, die besonders in den Randpartien durch ödematöse Quellung und entzündliche Zellinfiltrate schwer verändert waren; daneben viele, z. T. erweiterte Gefäße. Der Ursprung des Tumors ließ sich nicht genau feststellen. In Betracht kommt hierfür neben der Vaginalmuskulatur auch die Harnröhre. In keinem der Geschwülste wurden Epitheleinschlüsse gefunden.

Kurz wird auf die je nach Sitz und Größe verschiedenen klinischen Erscheinungen dieser Tumorart wie Harn-, Stuhl- und Prolapsbeschwerden, ferner auf die häufigere Beobachtung von Ulceration und die selteneren Gefahren eventueller Sepsis und maligner Degeneration hingewiesen. Bei den neu beschriebenen Fällen wurde beide Male eine Thrombophlebitis festgestellt. Vielleicht kommt als Entstehungsursache hierfür der nahe Sitz an den Gefäßen und — besonders im zweiten Falle — auch der Druck des Tumors in Frage.

Einem genauen Studium werden die verschiedenen Ausgangsmöglichkeiten der Vaginalmyome unterzogen. Verf. weist darauf hin, daß nur solche Adenomyome als zweifellose Abkömmlinge des Wolffschen Ganges anzuerkennen sind, die gut umgrenzt, frei von allen entzündlichen Erscheinungen sind, und deren Epitheleinschlüsse niemals in irgend einem Zusammenhang mit der Serosa des Peritoneums oder der Uterusschleimheit gestanden haben können. Immer ist zu berücksichtigen, daß nicht allzu selten derartige Neubildungen reine Entzündungsprodukte sind (Adenomyositis recto-vaginalis R. Meyer), und daß man sie früher zu häufig als

echte Tumoren aus Resten des Wolffschen Ganges angesehen hat. Den Hauptteil der soliden Fibromyome möchte Verf. auf die Müllerschen Gänge, die der Vagina also auf die Scheidenmuskulatur und zu einem weit kleineren Teil auch auf die Urethralmuskulatur zurückführen.

Zum Schluß geht Verf. noch auf die Genese der Scheidenmyome ein. Haltbar erscheint ihm für die seltenen Vaginaltumoren die Ribbertsche Theorie: Aus ihrem ursprüuglichen Verbande gelöste Zellen sind Tumorkeime. Dort, wo sich größere Muskelzellmassen vorfinden, wo vor allem bedeutendere Umgruppierungen — auch im postfötalen Leben — sich abspielen, dürften auch mehr Zellen versprengt, d. h. mehr Myomkeime angelegt werden. Ihre Zahl wird aber großen Schwankungen unterworfen sein, je nachdem es sich um ein normal und ohne Störung oder um ein weniger gut entwickeltes Individuum handelt. Ferner kann der zum Wachstum des Keimes notwendige Reiz, der ja nach Ribbert schon in der „Lösung aus dem Zellverband" gegeben ist, ungenügend sein, wenn diese selbst wenig ausgeprägt ist. Aber auch der exogene, heut anerkannte Einfluß innerer Sekrete — z. B. des Corpus luteum — auf das Myomwachstum, der je nach ihrer Herkunft und Stärke sehr verschiedenartig sein wird, darf nicht übersehen werden. Auch ist eine Differenzierung der eigenen Wachstumspotenz bestimmt anzuerkennen, je nachdem es sich um eine primär für den Aufbau des Uterus oder der Vaginalwand bestimmte Muskelzelle als Myomkeim handelt.

Aus diesen zweifellos sehr variablen Faktoren versteht sich, warum die Tumoren, was Zahl, Sitz, Größe und Wachstumsverhalten anlangt, so große Unterschiede aufweisen. Auch erklärt sich daraus, daß die Ansichten über Beeinflussung der Myome durch Gravidität bezw. Menstruation so sehr divergieren.

Zur Frage über Myom und Sterilität stellt sich Verf. auf den Standpunkt jener Autoren, die für beides eine gemeinsame — allerdings noch nicht klar erkannte — Ursache annehmen.